

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 mai 1900, à 1 heure

PAR

O. LEMAIRE

Né à Mailly-Maillet (Somme), le 25 octobre 1867.

DES ENDOMÉTRITES HÉMORRHAGIQUES

Ou Hydro-Hémorrhagiques

des six premiers mois de la grossesse

Président : M. HUTINEL, Professeur

BONNAIRE, Agrégé.

Juges : MM.

WURTZ, Agrégé.

TEISSIER, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

—
1900



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

356

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 mai 1900, à 1 heure

PAR

O. LEMAIRE

Né à Mailly-Maillet (Somme), le 25 octobre 1867.

DES ENDOMÉTRITES HÉMORRHAGIQUES

Ou Hydro-Hémorrhagiques

des six premiers mois de la grossesse

Président : M. HUTINEL, Professeur.

BONNAIRE, Agrégé

Juges : MM. } WURTZ, Agrégé.

TEISSIER, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	{ FRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	{ FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

DES ENDOMÉTRITES HÉMORRHAGIQUES

Ou Hydro-Hémorrhagiques
des six premiers mois de la grossesse

INTRODUCTION

De tout temps la gravité des accidents hémorrhagiques a sollicité l'attention. Chirurgiens et accoucheurs ont multiplié contre eux les ressources de la thérapeutique et ne cessent aujourd'hui encore de rechercher les moyens propres à les prévenir ou à les combattre.

Les accidents que d'abord l'on étudia furent, chez les femmes enceintes, peu variés. M. le Professeur Budin disait, en 1896, à la Maternité que « les anciens auteurs ne connaissaient guère comme cause des hémorrhagies utérines que l'insertion vicieuse du placenta ».

Longtemps le traitement des hémorrhagies rapidement mortelles préoccupa exclusivement les maîtres de l'obstétrique française. Peu à peu cependant les pertes du début aussi bien que celles de la fin de la grossesse furent envisagées. Stapfer, dans sa thèse de concours, (1880) étudie l'hydrorrhée déciduale, et ajoute un cha-

pitre intéressant à la question des endométrites gravidiques.

Dans ces dernières années, le traitement des hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta suscite des travaux retentissants. Nous nous souviendrons toujours de notre stage scolaire à la Clinique Baudelocque et de la parole impressionnante de notre premier maître en obstétrique, M. le Professeur Pinard, exposant sa méthode personnelle dans le traitement de ces hémorrhagies.

Désireux de nous perfectionner dans l'art obstétrical, nous avons eu l'honneur d'être admis à suivre l'enseignement clinique, à l'hôpital Lariboisière, de M. le Docteur Bonnaire, Professeur agrégé, chargé du service d'accouchements. Le fruit précieux que nous avons, tant au point de vue obstétrical que gynécologique, retiré de cet enseignement si remarquablement désintéressé augmente nos regrets de n'avoir pu y consacrer qu'un semestre. C'est à ce maître vénéré que nous devons l'inspiration de ce travail inaugural.

Notre but n'est pas d'étudier les hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta (1). Nous ne voulons envisager dans cette étude que les pertes sanguines qui se font d'emblée, ou après avoir été précédées d'écoulements séro-sanguins ; ces accidents hémorrhagiques se

(1) Les hémorrhagies liées à cette cause ne sont pas spéciales à la fin de la grossesse, on peut les observer même dans la première moitié.

reproduisent à intervalles rapprochés, et d'une manière plus ou moins intense, dans les six premiers mois de la grossesse.

Il s'agit là, en somme, d'une affection qui peut devenir des plus graves et qui peut, non-seulement compromettre le fœtus, mais entraîner la mort des femmes enceintes.

Nous allons essayer de retracer, à l'aide de quelques observations que nous avons pu réunir, la physiologie habituelle de ces écoulements hydro-hémorrhagiques.

En premier lieu, nous dirons ce que nous croyons savoir de leur étiologie, de leur anatomie pathologique et de leur pathogénie. Nous insisterons davantage sur la partie clinique, décrivant les signes, la marche, la durée de cette affection, indiquant le pronostic habituel et les principales difficultés du diagnostic.

Nous montrerons enfin quelle est la conduite thérapeutique qui s'impose actuellement au praticien rural même, en présence d'une femme atteinte d'endométrite hémorrhagique.

Pour nous avoir donné l'idée de ce travail, pour nous avoir guidé de ses éminents conseils, M. Le Docteur Bonnaire a droit à notre reconnaissance la plus vive. Nous le prions d'en agréer ici le public et sincère hommage.

Nous remercions également M. le Professeur Budin d'avoir bien voulu ouvrir à nos recherches les archives de

la Clinique Tarnier. Nous sommes allé maintes fois à ses brillantes leçons, et nous avons puisé avec plaisir à son enseignement magistral.

A M. Le Docteur Campenon, Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux, à MM. les Docteurs Barth, Descroizilles, Oettinger qui, continuateurs des nobles traditions de cette école, surent avec une délicate sollicitude nous rendre facile et attrayante la fréquentation assidue de leurs services hospitaliers, nous adressons et nous renouvelons nos remerciements les plus cordiaux.

Nous associons à ces noms aimés ceux de MM. les Docteurs Renaut et Cuvillier pour l'affabilité avec laquelle ils nous accueillirent à leurs cliniques.

Nous sommes particulièrement obligé envers M. le Professeur Hutinel. Non content de nous avoir permis de suivre sa clinique à l'Hospice des Enfants-Assistés, il veut bien aujourd'hui nous faire le grand honneur de présider notre soutenance de thèse. Nous ne pouvons que faiblement lui exprimer notre reconnaissance et notre dévouement.

PREMIÈRE PARTIE

Etiologie. — Anatomie pathologique. —

Pathogénie

L'inflammation de la muqueuse utérine se traduit pendant les six premiers mois de la grossesse par des écoulements de nature très diverse, entre autres par des écoulements de sang, soit pur, soit mêlé de sérosité en proportion variable. Ce sont ces derniers seuls que nous voulons envisager dans cette étude.

Les écoulements sanguins peuvent revêtir trois formes.

1° Ils consistent en un écoulement séro-sanguinolent et conservent ce type pendant toute leur durée. C'est l'hydro-hématorrhée.

2° L'écoulement commence par de l'hydro-hématorrhée et peu à peu dégénère en hémorrhagie pure.

3° Le liquide est constitué invariablement par du sang pur du début à la fin de l'écoulement.

Si l'hydro-hématorrhée des premiers jours ne compromet jamais la vie de la femme, nous n'oserions pas en dire autant de celle du fœtus. Dans la forme hydro-hématorrhéique aussi bien que dans les deux autres, mais peut être un peu moins vite habituellement, les progrès de la maladie finissent par déterminer un état de débilitation et de cachexie généralement des plus redoutables. De telles considérations sont de nature, nous l'espérons, à justifier, en même temps que le but, le titre de ce travail.

De toutes les notions étiologiques que l'observation arrive à dégager, il n'en est pas de plus fréquente, ni de plus nette, que la multiparité. La malade de l'hôpital Tenon (obs. I), âgée de 33 ans, avait eu trois accouchements antérieurs parfaitement normaux, et quatre fausses couches. Une autre (obs. II), avait eu trois enfants à terme, et un accouchement prématuré à huit mois. Même constatation dans les deux cas suivants (obs. III et IV).

Grossesses antérieures multiples, ou trop vite répétées, avortements plus ou moins nombreux, tel est le bilan le plus ordinaire de ces antécédents.

La multiparité semble surtout agir par les risques d'infections préalables qu'ils comportent ; il suffit que l'utérus ait été touché même légèrement, et sa lésion peut très bien être passée inaperçue, soit au cours d'une grossesse antérieure, soit avant l'établissement de toute grossesse. La question de savoir si l'œuf peut se greffer

et se développer sur un endomètre malade n'est plus discutée. Nous admettons donc que les écoulements sanguins des six premiers mois de la grossesse sont, le plus souvent, la manifestation d'une endométrite déciduale, celle-ci résultant elle-même directement d'une endométrite préexistante, mais que, cependant, l'endométrite déciduale peut prendre naissance dans un utérus qui était, avant la grossesse, en parfait état au point de vue anatomique et fonctionnel. Ainsi s'expliquent les faits d'hyrorrhée, d'hématorrhée, dans lesquels on ne trouve aucun antécédent de dysménorrhée.

L'inflammation aiguë de la caduque est rare. Il s'agit d'ordinaire d'altérations chroniques. Tous les auteurs, après MM. Tarnier et Budin, les rangent, au point de vue anatomo-pathologique, sous trois types spéciaux, en y ajoutant, pour répondre aux données de l'observation clinique, un quatrième type où les lésions se trouvent associées.

1° Endométrite hyperplasique. On dit aussi diffuse, bien que, très souvent, elle soit localisée à la caduque utérine, et dans ce cas, celle-ci est habituellement hypertrophiée et augmentée d'épaisseur dans le même sens qu'à l'état physiologique, c'est-à-dire, en allant du col au fond de l'organe.

Histologiquement la caduque montre une quantité considérable de grosses cellules, et, par places, une infiltration de cellules embryonnaires.

Dans l'endométrite placentaire, variété appartenant

au premier type, les lésions siègent uniquement au niveau de la caduque inter-utéro placentaire. Villosités et cotylédons sont plus ou moins étouffés par le tissu conjonctif jeune ou les cellules embryonnaires qui les entourent ; il en résulte une diminution du calibre des vaisseaux et une dégénérescence graisseuse des villosités et, parfois aussi, des hyperémies collatérales et des hémorrhagies.

2° Endométrite polypeuse, encore appelée tubéreuse. Ces noms indiquent le genre de lésions consistant principalement en saillies nombreuses qui peuvent atteindre parfois un centimètre et demi de diamètre.

Cette forme est habituellement limitée à la caduque utérine. Les saillies anormales ne contiennent pas de glandes, surtout à leur sommet, mais il en existe à leur périphérie où ces glandes sont alors éparses, atrophiées, comme étouffées par la prolifération de celles qui les entourent.

Les lésions frappent généralement des œufs jeunes. Le développement de l'œuf se trouve considérablement troublé, et le fœtus succombe ; ou bien les hémorrhagies surviennent et déterminent l'avortement. On peut se demander si cette endométrite n'existait pas déjà avant la conception.

3° Endométrite kystique, encore limitée à la caduque utérine et rencontrée surtout sur des œufs très jeunes. La dégénérescence kystique est tellement accentuée

parfois qu'on pourrait croire au premier abord que l'œuf est atteint de dégénérescence vésiculaire.

A la coupe, la caduque présente un aspect caverneux dû à la présence de nombreux kystes siégeant dans son épaisseur et faisant à sa surface une saillie marquée. D'ailleurs, comme Léopold l'a montré, il n'est pas rare d'observer communication entre les kystes et les orifices des glandes.

A côté de ces kystes, à contenu d'aspect colloïde, la caduque hyperplasiée montre des amas de tissu embryonnaire au milieu desquels se trouvent fréquemment de petits foyers hémorrhagiques.

4° Endométrite mixte. — Ici, à côté de lésions prédominantes, telles que celles des cellules (E. polypeuse), ou de la trame conjonctive de la caduque (E. diffuse), un examen attentif découvre la présence concomitante de glandes altérées.

Un mode spécial d'action de l'endométrite, c'est d'amener la formation du placenta sur le segment inférieur. Le placenta prævia existe et saigne même dans les six premiers mois ; c'est une cause fréquente d'avortement. Avec Hofmeier nous admettons que l'insertion placentaire vicieuse est due à une endométrite déciduale.

Les écoulements que nous considérons étant bien souvent, nous le répétons, constitués par un mélange de sérosité et de sang, nous pouvons nous demander quelle est l'origine de ces deux éléments.

Le premier n'est autre chose que de l'hydrorrhée déciduale et vient des culs-de-sac glandulaires utérins. « Sous l'influence de l'inflammation, l'hypertrophie et la suractivité des glandes s'exagèrent : ces glandes obéissent, en somme, à un processus analogue à celui qui se produit à la période menstruelle, alors que la muqueuse est irritée et congestionnée. Leurs culs-de-sac sécrètent en excès des liquides qu'ils tirent des capillaires environnant leurs parois ». (M. Bonnaire *Sem. Méd.* 22 avril 1891).

Le second se manifeste déjà dans l'hydrorrhée pure et simple ; la teinte rosée des taches laissées sur le linge prouve qu'il y a des petits vaisseaux ouverts. » Les déchirures sont dues soit à la distension locale des tissus, soit à l'effraction déterminée par l'irruption du liquide collecté » (loco citato).

Dans le mécanisme de l'écoulement hydro-hémathorrhéique intervient sans doute un fait analogue au précédent, mais moins accessoire et plus marqué.

Le sang nous paraît, en résumé, soit provenir de néo-vaisseaux situés au milieu des culs-de-sac glandulaires, soit résulter d'un véritable traumatisme, la chasse d'eau de l'hydrorrhée déchirant les capillaires de la caduque au moment de son irruption, soit enfin naître directement des vaisseaux de la caduque.

DEUXIÈME PARTIE.

Symptômes. Diagnostic. Pronostic.

§ I. — SYMPTÔMES

L'hydro-hématorrhée qui constitue les écoulements sanguins du premier type est toujours consécutive à l'hydrorrhée. Pas plus que celle-ci par conséquent, on le prévoit, son début n'est habituellement annoncé.

Son apparition est brusque, sans prodromes, souvent sans cause apparente et s'accompagne peu de troubles subjectifs, au point que la femme, surtout si, comme il est fréquent, elle est mal soigneuse de sa personne, ne s'en aperçoit pas sur le moment. En effet, elle ne souffre pas, et n'est ni plus mouillée, ni plus incommodée que d'habitude. Et, comme elle peut très bien prendre son hydrorrhée pour une leucorrhée persistante ou réapparue, elle ignore même qu'elle est malade. Tout au plus, sera-t-elle étonnée, lorsqu'elle changera de chemise, de constater sur le linge la présence de grandes

taches plus ou moins rougeâtres, parfois vert sale, semblables à des traces de menstrues, et se rappellera-t-elle alors qu'à tel jour, telle heure, il lui a paru qu'elle était plus mouillée que de coutume.

Il n'est pas rare cependant que, soit par l'abondance du flux hydro- hématorrhéique, soit par l'apparition simultanée de douleurs dans la région de l'hypogastre ou des lombes, la malade ne se rende compte de l'accident qui est venu la surprendre.

S'agit-il, par contre, d'un écoulement franchement hémorrhagique, deux circonstances sont possibles.

Ou bien il existait de l'hydorrhée antérieurement, et l'écoulement actuel n'en est que la complication; ou bien il n'y avait rien, et l'hémorrhagie a eu lieu d'emblée.

Dans le premier cas, si des douleurs, une sensation tout au moins de pesanteur dans le bas-ventre, n'éveillent l'attention de la femme, ce qui est rare, l'hémorrhagie peut n'être constatée que tardivement. Le fait est exceptionnel.

En tous cas, primitive, l'hémorrhagie frappe d'autant plus d'étonnement le sujet et son entourage qu'elle survient assez souvent dans le cours en apparence très normal de la grossesse.

Dans le premier cas, au milieu du magna rougeâtre formé par l'écoulement, on trouve parfois de petites masses de bouillie noirâtre, semblables à du marc de café, suivant la comparaison classique. Ce sont vraisemblablement des collections de sang coagulé qui se sont faites à

la suite de l'évacuation de grosses poches d'hydrorrhée.

Dans le second cas, le sang s'écoule rouge, limpide. Cependant il est fréquent de trouver des caillots. C'est qu'ils se forment dans le vagin et sortent quand la malade s'assoit, ou prend une injection.

Quel que soit le type de l'écoulement, la quantité de sang perdu par jour est fort variable. Chez les deux malades que nous avons pu observer personnellement, elle était en moyenne d'une cinquantaine de grammes, mais elle peut de temps à autre atteindre un chiffre plus élevé, 100, 200, 300 gr., et davantage.

L'apparition de l'écoulement sanguin, comme celle de l'hydrorrhée, affecte souvent la forme d'un flot brusque ; il s'établit ensuite une sorte de suintement qui perpétue la déperdition pendant un laps de temps variable.

Ordinairement, au bout d'une durée que rien n'a fait prévoir, le suintement s'arrête ; tout semble fini et la malade, si elle garde le repos au lit, se met à espérer que l'accident ne reparaitra pas.

Il reparait malheureusement, parfois le lendemain, ou quelques jours après, et le mot de répétition exprime bien les alternatives de réapparition et de disparition qui le caractérisent.

Parfois les intermittences vont en augmentant ; plus souvent, elles se rapprochent au fur et à mesure que la grossesse s'avance ; leur durée toutefois peut être aussi irrégulière que la quantité du liquide sanguin écoulé.

On peut enfin avoir affaire à un suintement persistant

et continu ; c'est en pareil cas que s'affirme surtout le caractère d'incoercibilité qu'opposent habituellement ces écoulements à nos moyens thérapeutiques usuels.

Qu'il s'agisse d'une hydorrhée simple, légèrement teintée, ou d'une hydro-hémorrhée à grandes intermittences, ou encore d'hémorrhagies se succédant à courts intervalles, mais sans que la quantité atteigne ou excède une centaine de grammes par jour, l'état général devient mauvais.

A-t-elle essayé d'abord de vaquer quand même à ses occupations, la malade est forcée bientôt de les interrompre.

La marche, la station debout lui deviennent très fatigantes ; elle peut avoir, à ce moment, des éblouissements ou même des lipothymies, mais ce n'est pas fréquent.

Les symptômes de faiblesse s'accroissent, contrastant avec l'apparence d'embonpoint qui est parfois conservé, et le lit ne peut plus être quitté. C'est à ce moment en général que le médecin est mandé, ou que la malade vient consulter à l'hôpital.

Son interrogatoire ne renseigne souvent pas d'une façon intéressante sur ses antécédents, soit héréditaires, soit personnels.

On apprend que les règles ont disparu à telle époque, et que, subitement, après une aménorrhée plus ou moins longue, un écoulement sanguinolent s'est fait par les voies génitales. Cela a commencé par un flot brusque,

remplacé bientôt par un suintement qui cesse, puis se reproduit sans cause apparente, ou qui persiste sans aucune intermittence, et sans être modifié même par le repos. La malade rapporte qu'en même temps, elle a remarqué qu'elle était mal à l'aise, plus rapidement lasse que d'habitude; puis, que ses forces et sa santé ont toujours été en déclinant.

En l'interrogeant, on a pu noter déjà qu'elle présente des signes évidents d'anémie. Le teint est blafard, les muqueuses sont pâles, la conjonctive décolorée. Il y a rarement des palpitations, mais on entend fréquemment à la base du cœur le souffle de Jacquemier.

Elle n'accuse ni vertiges, ni insomnies notables; les voies digestives fonctionnent assez bien; il n'y a ni œdèmes, ni hémorrhagies par la peau ou les muqueuses autres que celle de l'utérus; pas de dyspnée, pas d'albuminurie.

Le sang que l'on s'empresse d'examiner montre une diminution considérable des hématies avec augmentation correspondante de la proportion de globules blancs; mais il n'y a ni poikilocytose, ni altération digne de remarque. Quant à la richesse en hémoglobine et à la capacité respiratoire de celle-ci, leur contrôle mériterait d'être fait systématiquement, s'il était à la portée de tous.

L'examen obstétrical, en dehors de la plénitude de l'organe gestateur, ne révèle l'existence d'aucune affection, soit du côté de l'utérus et de l'œuf, soit du

côté des annexes, qui puisse expliquer l'affaiblissement progressif de l'état général, ou simplement faciliter la connaissance de la cause immédiate de l'écoulement hémorrhagique. La grosseur de l'utérus paraît en rapport avec l'âge présumé de la gravidité ; il n'est ni sensible, ni modifié soit dans sa forme, soit dans sa consistance ; l'orifice interne est fermé ; les culs-de-sac sont souples, leur surface nette.

Cependant l'état de la femme empire ; les pertes d'ailleurs se répètent plus souvent. En même temps que la diarrhée parfois s'installe, que les fonctions languissent, des névralgies peuvent apparaître. La tendance à l'hypothermie, que l'on remarquait dans la période d'état, fait place à une disposition inverse ; le pouls, qui dépassait 100, s'accélère encore.

A la dernière période, l'aspect devient tout-à-fait celui d'une anémie suraiguë par hémorrhagie grave. L'avortement peut s'annoncer seulement à cette époque, et une dernière hémorrhagie achever la malade. Sinon, la prostration devient extrême ; la température s'abaisse, tandis que le pouls devient incomptable, et la respiration comateuse. La mort ne tarde pas dès lors à terminer cette situation désespérée.

Telle est la marche complète de ces endométrites hémorrhagiques ou hydro-hémorrhagiques.

Leur gravité rapidement progressive laisse à prévoir que leur durée n'est généralement pas bien longue.

Elle est de huit à dix semaines en moyenne.

L'avortement n'est pas rare, au contraire. S'il survient de bonne heure ce serait plutôt une circonstance favorable ; mais il est tardif, n'arrive d'ordinaire qu'après que le produit de la conception a succombé, et l'on conçoit que, dans ces conditions, son apparition assombrit en général le pronostic.

§ II. — DIAGNOSTIC

Chez une femme reconnue manifestement enceinte et présentant un écoulement hors des organes génitaux, l'examen du liquide et l'interrogatoire diront immédiatement si l'on doit penser à une hydrorrhée, à une hydro-hématorrhée, ou à une hémorrhagie.

Croit-on avoir affaire à une hydrorrhée, et, pour préciser, à une hydrorrhée déciduale ? On se rappellera que les caractères du liquide hydrorrhéique sont pour la plupart négatifs ; que sa principale caractéristique est son mode d'écoulement sous forme de flot brusque, faisant place à un suintement coupé généralement de longues intermittences, sans rien toutefois de régulier dans sa marche.

« Reconnaître l'existence de l'hydrorrhée déciduale revient à établir le diagnostic différentiel des écoulements qui se font à la vulve.

« Si l'incident surprend insidieusement la femme pendant son sommeil, on peut se demander s'il s'agit d'une émission involontaire d'urines, d'une pollution nocturne

ou du rejet de produits leucorrhéiques accumulés dans le vagin. L'odeur spéciale et la teinte uniforme de la tache dans le premier cas, les commémoratifs dans le second cas, l'aspect jaunâtre et la consistance épaisse avec la connaissance d'une leucorrhée antérieure, dans le troisième cas, suffiront à lever les doutes.

« On doit s'assurer ensuite si, avant de se lever, la femme n'a pas pratiqué d'injection vaginale. Surtout chez les primipares à périnée tonique et à vulve bien fermée, il est habituel de voir le vagin retenir une partie des liquides injectés dans le décubitus dorsal ; ces liquides s'écoulent, lorsque la femme s'assied.

« Le point délicat consiste à reconnaître si le liquide vient de l'intérieur ou de l'extérieur de l'œuf ; le liquide amniotique est d'aspect séreux ; il n'empêse pas le linge, et ne le tache qu'au cas fortuit où il se mélange à une petite quantité de sang. Lorsque, par le toucher intra-cervical, on déplace doucement la présentation, on sent couler dans le creux de la main un liquide tenant en suspension des filaments de lanugo et des plaques de magma sébacé ; ce sont là des caractères pathognomoniques. Si on interroge la femme, et si on l'observe pendant quelque temps, on reconnaît que l'écoulement se fait sans jet violent, peu à peu, de façon continue, avec recrudescence à chaque mouvement que font la mère et le fœtus. (M. Bonnaire, *Sem. Méd.*, loco citato).

L'hydro-hémathorrhée ne se confondra avec rien ; ce qui pourrait peut-être lui ressembler, ce serait un

écoulement dû à la présence d'un cancer ou d'une môle hydatiforme. La fétidité et la cachexie spéciales, les résultats négatifs de l'examen obstétrical au point de vue de la constatation de la grossesse, et, dans le cas de môle, le volume rapidement acquis de l'utérus en disproportion avec l'âge présumé de la grossesse, suffiront à dissiper toute confusion.

En face d'une hémorrhagie proprement dite, le premier soin sera de s'assurer qu'elle vient bien de l'utérus. Le diagnostic différentiel concerne, autrement dit, celles qui peuvent être dues à des hémorrhoides enflammées et saignantes, à la rupture de varices des organes génitaux externes, à un néoplasme fongueux du col ou à un cancer du vagin. Un examen physique scrupuleux évitera de grossières erreurs.

La malade est-elle arrivée à la période de cachexie, il y aura lieu de se demander si elle est atteinte d'anémie pernicieuse (1) qui la fait saigner, ou si ce sont les pertes sanguines qui la mettent en état d'hémorrhagie grave. Cette question terriblement embarrassante ne se pose pas seulement vis-à-vis des hémorrhagies endométritiques, elle semble, à l'heure actuelle, être d'une portée beaucoup plus générale. Nous n'en voulons pour preuve que le cas récent d'une malheureuse femme qui a succombé

(1) Qu'il y ait des hémorrhagies utérines ou autres, ou que ce symptôme fasse complètement défaut, le tableau général de l'anémie pernicieuse avant la période cachectique est trop différent de celui des endométrites hémorrhagiques pour que le diagnostic puisse être hésitant (Voir observ. V.)

dans le service d'accouchements de l'hôpital Lariboisière à la suite d'hémorrhagies hémorrhoidaires profuses. Nous remercions notre obligeant maître, M le Dr Bonnaire, de nous avoir autorisé à en rapporter la curieuse observation.

Dans de telles circonstances, sans attacher aux assertions de la femme une importance exagérée, le diagnostic n'est possible qu'à l'aide des commémoratifs, et surtout des renseignements tirés de l'examen hématoscopique.

§ III. — PRONOSTIC.

Le pronostic en ce qui concerne la femme est très sérieux. Ce qui fait le danger de ces écoulements hémorrhagiques, ce n'est pas leur abondance, c'est leur répétition, leur continuité.

La lecture des observations I, III, et IV montre bien que la quantité de sang écoulé dans les vingt-quatre heures est loin de mériter le nom d'hémorrhagie. Pour évaluer aproximativement cette quantité, M. le Dr Bonnaire fait, dans son service, peser avant et après le linge qui doit servir de garniture à la malade. On objectera que l'expulsion des urines et des fèces entraîne toujours un peu de sang qui échappe à la pesée. C'est en effet la principale cause d'erreur ; elle est habituellement négligeable, si nous en croyons l'examen que nous avons eu l'occasion de faire maintes fois aussitôt après l'expulsion de ces excréta.

Ainsi de fortes hémorrhagies avec grandes intermittences sont moins graves que de petites hémorrhagies revenant tous les jours. Dans le premier cas, l'organisme a le temps de réparer ses pertes ; dans le second, le temps manque.

Donc la femme peut mourir.

Pour le fœtus, il est encore plus gravement menacé. Sa vie est constamment à la merci du moindre ébranlement susceptible d'occasionner plus ou moins vite les décollements de l'œuf.

Une autre source de danger, c'est la diminution des sinus et de leurs échanges mutuels, c'est-à-dire l'insuffisance possible de l'apport des matériaux nutritifs.

TROISIÈME PARTIE.

Traitement.

Le traitement des endométrites hémorrhagiques ou hydro-hémorrhagiques est :

- 1° médical ;
- 2° obstétrical ;

Traitement médical. —

Les indications comprennent les points suivants :

- 1° Eviter toute secousse à l'organe gestateur ;
- 2° Décongestionner l'utérus ;
- 3° Augmenter la plasticité du sang ;
- 4° Réparer les pertes.

Première indication : Eviter toute secousse à l'organe gestateur. — On prescrira le repos absolu dans le decubitus dorsal. Le matelas sera dur, la tête basse, le siège légèrement relevé par un coussin.

On enjoindra à la malade de s'abstenir de tout mou-

vement, de tout effort. A cet effet, on préviendra la constipation, au moyen de lavements prudemment administrés, c'est-à-dire pris dans la situation horizontale et en certaine quantité, ou encore à l'aide de purgatifs salins doux, d'eaux minérales laxatives, (Pullna, Birmenstorf, Hunyady-Janos, etc), données le matin à jeun, d'huile de ricin, de magnésie, de rhubarbe prises à petites doses. On s'abstiendra d'aloès et de drastiques.

Deuxième indication. Décongestionner l'utérus. — On aura recours dans ce but aux cataplasmes laudanisés, aux onctions sur le ventre avec baume tranquille, pom-mades belladonnées, aux compresses de Priessnitz, etc.

Outre les topiques, certains médicaments qui ont fait leurs preuves rendront de grands services. On utilisera les propriétés toniques et hémostatiques de l'*Hydrastis canadensis*, si bien étudiées par M. Huchard. On pourra prescrire XX gouttes d'extrait fluide, trois fois par jour, ou l'hydrastine en pilules de cinq centigrammes, 4 à 5 par jour.

L'*Hamamelis Virginica* est aussi d'une utilité courante par ses propriétés toniques, mais son extrait fluide, qui est la préparation la plus active est d'un goût désagréable, que l'on aura soin de masquer par un édulcorant. On pourra donner 10 gouttes de l'extrait d'*Hamamelis*, par exemple, toutes les deux heures. C'est d'ailleurs un médicament peu toxique.

C'est moins comme tonique que comme sédatif utérin que le *viburnum prunifolium* sera utilement employé

sous forme, lui aussi, d'extrait fluide, XX à XXV gouttes que l'on fera prendre, trois ou quatre fois par jour, dans du lait par exemple.

Troisième indication : Augmenter la plasticité du sang. — Nous ne ferons que rappeler les principaux agents thérapeutiques usités dans ce but : potions et boissons acides, limonades chlorhydrique, sulfurique, eau de Rabel, eau de Pagliari, etc ; on pourra recourir aussi à la solution officinale de perchlorure de fer en prescrivant X à XX gouttes de cette solution dans une potion ; il sera indiqué suivant les conseils de M. le professeur Pouchet, de prévenir les inconvénients qu'elle peut avoir pour la muqueuse gastrique en lui associant, en pareil cas, une certaine quantité d'eau chloroformée dédoublée.

Quatrième indication : Réparer les pertes. C'est peut-être le plus difficile à remplir. En même temps que la sagacité du médecin s'appliquera à varier la mise en œuvre des nombreux agents analeptiques : viandes crues, poudres de viande, peptones, œufs, etc, il devra éviter les troubles gastro-intestinaux qu'entraîne une suralimentation déréglée ; c'est dire de combien de vigilante patience il lui faudra s'armer dans cette partie du traitement.

Il trouvera dans les injections sous-cutanées de sérum artificiel (300 gr. par exemple tous les quatre jours), le double avantage de combattre la déshydratation du sang et des tissus et de stimuler puissamment la nutrition. L'oxy-

gène en inhalations, l'éther, la caféine en piqûres seront très utiles.

Traitement obstétrical.

Il se réduit à l'interruption de la grossesse.

On aura d'autant plus difficilement recours à ce mode de traitement que la grossesse sera moins avancée. C'est ainsi qu'on y aura recours très volontiers pour un placenta prævia à 8 mois, et qu'on n'y viendra qu'à son corps défendant au cours des six premiers mois.

Ce n'est donc pas à la légère que l'on doit s'y résoudre.

Cependant ce peut être l'ultima ratio pour sauver la vie des femmes.

Quand donc sera-t-il nécessaire d'y recourir ?

Nous avouons être dans un grand embarras pour donner une indication mathématiquement précise. Néanmoins, comme le remarque souvent notre maître, M. le Dr Bonnaire, ce ne peut être que sur l'hématoscopie que l'on peut se fonder.

L'indication serait posée dans les meilleures conditions si l'on pouvait, dans tous les cas, non-seulement faire la numération des globules, mais encore en apprécier la qualité, c'est-à-dire les examiner au point de vue de leur quantité d'hémoglobine, et du pouvoir respiratoire de celle-ci.

Mais de telles investigations ne sont pas à la portée du praticien.

Ce qu'il peut faire, c'est compter les globules rouges

du sang, et c'est sur leur diminution de taux que sera assurée l'indication préopératoire.

Avec notre maître M. le D^r Bonnaire, nous estimons qu'il sera toujours légitime de provoquer l'avortement chaque fois qu'une femme sera anémiée au point que le nombre de ses globules tombera au-dessous de deux millions.

Si l'état général est franchement mauvais, la faiblesse grande, s'il y a défaut de nutrition vitale, à deux millions on pourra intervenir.

Si l'état général périclitait moins, on pourrait attendre, en faisant un examen tous les jours ou tous les deux jours, jusqu'à douze cent mille.

En choisissant ces points de repère, nous ne faisons, en somme, dans le cas actuel, qu'imiter ce qui a été conseillé dans le traitement obstétrical des vomissements incoercibles.

Charpentier a émis cette indication, admise aujourd'hui par la plupart des accoucheurs, que la grossesse devait être interrompue quand la malade subissait un amaigrissement notable et rapidement progressif. « Cet amaigrissement qui d'abord marche lentement se traduit à un moment donné par des diminutions de 5 à 600 grammes par jour. C'est à ce moment, dit-il (in *Traité pratique des Accouchements* 1890) que nous intervenons sans hésiter, quel que soit l'état fébrile. » Et le 20 avril 1895, dans une séance de la Société Obstétricale de France tenue à Paris, il disait, à propos de la même question :

« Je suis devenu avec l'âge plus interventionniste qu'autrefois ; j'ai eu trop de déconvenues en attendant. »

L'indication que nous proposons n'est pas plus arbitraire que celle de Charpentier, et nous avons la conviction qu'elle peut, elle aussi, permettre de sauver des vies humaines qu'une trop longue temporisation aurait inévitablement compromises.

CONCLUSIONS.

1° Les écoulements métrorrhagiques des six premiers mois de la grossesse sont liés à un processus d'endométrite déciduale.

2° Ces écoulements affectent 3 types :

1° Hydrorrhée.

2° Hydro-hématorrhée.

3° Hématorrhagie.

3° A l'inverse des écoulements liés au placenta prævia, ceux-ci n'affectent jamais la forme foudroyante.

4° Tout le danger généralement consiste dans les suites de leur répétition et de leur ténacité : ils donnent naissance à un état d'anémie susceptible à la vérité de guérir, mais pouvant devenir mortel.

5° Le diagnostic de ces écoulements et de leur origine est des plus faciles. Cependant, si on se trouve en présence d'une femme cachectisée, on peut éprouver quelques difficultés pour décider si l'affaiblissement de l'état général est la cause ou l'effet des pertes de sang. L'examen hématoscopique permettra de trancher la question.

6° Le pronostic est toujours grave pour le produit de conception qui peut, soit être expulsé prématurément et non viable, soit succomber.

7° Le traitement est médical, ou obstétrical.

Médical, il consiste en :

1° Repos absolu.

2° Décongestifs utérins.

3° Réparation des pertes sanguines de l'organisme.

Le traitement obstétrical consiste dans l'interruption de la grossesse. Le traitement principalement pourra devenir indiqué dès que le nombre des globules rouges sera tombé au-dessous de deux millions.

La vie de la femme sera gravement compromise quand le chiffre approchera d'un million.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
HUTINEL.

VU : LE DOYEN,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD

PARTIE ANNEXÉE

Documents.

On trouvera dans cette fin de notre travail les observations cliniques dont il a été question précédemment. Elles correspondent aux numéros de renvoi.

Les quatre premières se rattachent directement à notre sujet; elles viennent dans l'ordre chronologique de leur rédaction.

Le cinquième et la sixième comportent des points intéressants que nous avons relevés dans notre argumentation.

La dernière est une pièce que nous avons trouvée dans la littérature médicale et reproduite à cause de la comparaison instructive qui nous semble ressortir de sa lecture.

OBSERVATION I.

Clinique d'accouchements de l'Hôpital Tenon. — M. le
D^r Bonnaire.

Malade entrée dans la salle des accouchements le 29 décembre 1897, 33 ans, ménagère.

A déjà eu 3 accouchements antérieurs normaux et 4 fausses couches. Bien réglée habituellement. D R à la fin d'août.

Il y a cinq semaines la malade a pour la 1^{re} fois des pertes d'un liquide clair teinté de rouge. Ces pertes ont duré 2 jours, survenant en plusieurs fois. Elles ont coïncidé avec des douleurs abdominales et lombaires.

Le 25 décembre, la malade entre à Tenon en chirurgie. Le soir, vers 5 heures, elle a une nouvelle perte d'un liquide épais rougeâtre. Depuis, les pertes continuent peu abondantes, le liquide présente le même caractère.

Douleurs abdominales très légères. On fait des injections vaginales.

Le 29, la malade passe de chirurgie dans la salle d'accouchement. On constate que l'utérus remonte à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Par le palper, on sent sur sa partie antérieure un fibrome étalé.

Par le palper on constate que le col est fibromateux. On ne trouve pas de signe de grossesse par le toucher et le palper. Cependant par l'auscultation, on croit à un moment entendre les bruits du cœur fœtal.

Le 30 décembre les bruits sont perçus nettement. Les pertes continuent. Injections vaginales. Lavement laudanisé.

1^{er} janvier. La quantité de sang perdu est assez abondante. Lavement laudanisé XXV gouttes.

2 janvier. Pas de perte de sang constaté.

4 janvier. Depuis le 2 janvier la malade perd toujours du sang au moment des mictions; dans leur intervalle, elle ne perd presque pas.

9 janvier. La malade perd toujours un peu de sang; hier cependant, elle n'a pas perdu dans la journée, mais cette nuit, elle a recommencé à perdre un peu.

17 janvier. Les jambes sont un peu œdématisées depuis le 14 janvier, jour où elle a pris un bain.

18 janvier. 1 gramme d'iodure de potassium.

Douleurs au membre inférieur. Point douloureux au niveau du canal crural, point péronier, douleurs au niveau du creux poplité. La douleur manque au niveau de la cuisse et au mollet.

(Œdème unilatéral (côté gauche), quelques veines superficielles très légères.

19 janvier. Depuis hier pertes plus abondantes. Le membre inférieur gauche est placé dans une gouttière.

On donne 2 grammes d'iodure de K.

21 janvier. La malade a perdu du sang en abondance. Elle se plaint de douleurs dans le genou gauche; le membre inférieur de ce côté est toujours dans une gouttière. (Quantité Pertes 230 gr.).

La dose d'iodure portée à 3 grammes hier est élevée aujourd'hui à 4 grammes.

22 janvier. Les pertes de sang continuent d'être abondantes, le sang est épais, semblable à du sang menstruel (Quantité Pertes 500 gr.) On donne encore 4 grammes d'iodure de K.

Circonférence du membre inférieur gauche :

à 15 cent. au-dessus de la rotule : 50 cent. pour le côté gauche,

— 44 cent. 5 pour le côté droit,

à 12 cent. au-dessous de la rotule : 36 c. 75 pour le côté gauche,

— 29 c. 5 pour le côté droit.

23 janvier. Circonférence des membres inférieurs :

à 15 c. au dessus de la rotule : 50 c. à gauche; à droite : 44 c. 5,

à 12 c. au-dessous de la rotule : 36 c. 75. à gauche ; 29,5 à droite.
Œdème blanc ; douleurs,

25 janvier. Les pertes de sang continuent à être aussi abondantes. Pas d'élévation notable de température : 37° 4.

La malade ne se trouve pas très bien, dort mal, céphalée intense.

Douleurs spontanées au niveau du genou et du coup de pied au membre inférieur gauche qui est maintenu enveloppé dans une gouttière.

26 janvier. Même état. Pertes de sang aussi abondantes. La malade a toujours 4 gr. d'iodure de K.

26 janvier. Même état 4 gr. d'iodure de K.

28 janvier. Pertes un peu abondantes, iodure de K. 4 gr.

29 janvier. La malade ressent des douleurs dans le genou malade. Les pertes de sang continuent ; iodure de K. 4 gr.

31 janvier. Perte abondante se composant d'une part de sang, d'autre part de liquide hydropneumonique.

La malade ressent des douleurs au niveau du tendon d'Achille et du creux poplité.

On sent simplement un cordon veineux au niveau du pli inguinal.

Mensurations côté malade à 15 c. au dessus de la rotule : 52 c.
— 12 cent. au-dessous : 36 c. 2/3.

1^{er} février. Les pertes de sang continuent, et ont maintenant une coloration plus rouge.

2 février. Même état.

3 février. Urine normale. La quantité de sang perdu dans la serviette est évaluée à 120 grammes.

Bruits du cœur bons. 10 grammes de viburnum prunifolium (M. Bonnaire).

4 février. M. Levrey fait la munération de globules GR = 4. 156. 250. B. du C. bons. Pas de fièvre. Quantité pertes = 170 grammes.

5 février. Quantité de pertes 180 grammes ; B. du C bons

6 février. La malade a une hémorrhagie pendant la nuit; le matin, elle est très faible; le pouls est à 124 et, à midi, il atteint 132. Injection de 500 grammes de sérum dans la paroi abdominale; à 1 h. s. le pouls est à 112.

Soir température 36° 7, pouls 128. Injection de 500 grammes de sérum. 1 heure après la piqûre pouls à 108.

7 février. Pouls 112. Quantité de sang perdu depuis la veille, 140 grammes.

8 février. Pouls 120. Quantité de sang perdu depuis la veille, 90 grammes. B. du C. bons. Hyperesthésie superficielle dans les deux flancs, du pli de l'aîne aux fausses-côtes, névralgie lombaire irradiée dans la direction des branches abdomino-génitales.

Pas d'albumine. Nulle élévation de température. Les bruits du cœur fœtal s'entendent à droite de l'ombilic.

D'après le volume de l'utérus, le volume des parties fœtales, la date d'apparition des B. du C., l'âge de la grossesse semble être de 5 mois 1/2.

Aucune lésion viscérale : (cœur, poumon, foie). Anémie aiguë, intolérance alimentaire.

Phlegmatia, sans fièvre, analogue à celle des chlorotiques. Céphalalgie depuis 4 ou 5 jours, la malade dit entendre de la musique. Malgré cela, le pouls est bon. Pas de crise d'étouffement.

G. R. = 3,900,000. Membre inférieur droit à 15 cent. au-dessus de la rotule, 45 cent. de circonférence.

Membre inférieur droit à 12 cent. au-dessous de la rotule, 31 cent. de circonférence.

9 février. Quantité de perte : 88 grammes.

Mensuration de la jambe droite à la racine de la cuisse 60 c. La malade accuse une douleur assez vive au niveau de la cuisse et du mollet droits. La pression est douloureuse au niveau du triangle de Scarpa.

Œdème péri-malléolaire.

10 février. Cette nuit, perte d'une certaine quantité de sang; un gros caillot recueilli pèse 260 grammes.

Pouls petit, fuyant. Lèvres, conjonctives, très décolorées
C. R. = 2,000,000.

M. Bonnaire introduit un ballon Tarnier (contenance 100gr.) et fait un tamponnement intra-utérin, puis intra-cervical à la gaze iodoformée. Injection de sérum, 600 grammes, à 10 heures du matin.

Piqure d'éther aussitôt après le tamponnement.

A midi, injection de 100 grammes de sérum. Pouls 124.

A 3 h. 1/2, piqure d'éther. A 4 heures, sérum injection 500 grammes. 8 heures soir, piqure d'éther.

11 février. A 7 heures du matin, température 37° 3. Pouls 160; à 9 h. t. 38°, pouls 160, à 10 heures pouls 168.

Depuis hier, la malade a bu 1 litre 1/2 de lait et plusieurs grogs (300gr. de rhum).

Du côté du membre inférieur gauche, état stationnaire.

Au toucher : le ballon est encore haut; peu de modifications apparentes dans le corps. Le col est perméable difficilement à 2 doigts. La gaze iodoformée est imbibée, il n'y a pas de caillot.

Depuis hier, quelques contractions utérides.

A 11 heures du matin, M. Bonnaire introduit successivement dans le col de l'utérus les dilateurs du n° 19 au n° 30 (bougies de Hégar), puis finit par introduire simultanément 3 dilateurs. Le ballon Tarnier est retiré.

Rapport d'Autopsie. — Poumon, cœur : normaux.

Foie absolument décoloré; poids 2050 grammes; à la surface on voit un grand nombre de taches blanches de 1 à 2 millimètres carrés.

Rate : 150 grammes; rien de particulier.

Reins : tout a fait décolorés, la substance corticale paraît peu épaisse.

Utérus : ni fibrome, ni trace d'endométrite. La surface utérine est absolument nette. Il ne reste aucun cotylédon, aucun caillot.

1^{er} examen du sang. N des hématies $133 \times 125 + 250 = 4,156,250$.

Sang très peu coloré. G. R. probablement très faible (de par l'aspect de la dilution).

Examen qualitatif : sur lames.

Les globules rouges ne sont pas déformés ; taille uniforme, pas de globules géants petits ou altérés. Les hématies ne sont pas à vue d'œil en nombre excessif.

Globules blancs : assez nombreux, semblent des polynucléaires. Légère leucocytose peut-être due au déjeuner.

Peu d'éosinophiles.

OBSERVATION II.

Clinique Tarnier

Rapport d'autopsie. Femme B... — Autopsie faite 34 heures après la mort.

Un verre de sérosité citrine dans la plèvre gauche, un peu moins à droite et des adhérences du lobe supérieur en arrière dans la gouttière vertébrale. Un noyau d'apoplexie dans la partie postérieure et supérieure du poumon droit. Le reste de ce poumon est sain. Il pèse 490 grammes. Poumon gauche, rien. Poids : 450 gr.

Très peu de liquide dans le péricarde.

Cœur, 310 gr. Cœur gauche : valvule mitrale saine ; valvule aortique saine ; quelques plaques de stéatose de l'aorte.

Cœur droit : de nombreux caillots, surtout dans l'oreillette. — Artère pulmonaire bonne.

Foie 1.600 gr. Il est pâle. A la face inférieure du lobe gauche il existe des teintes ecchymotiques avoisinant les deux bords de ce lobe ; à la coupe, les veines, sus-hépatiques sont occupées par des caillots cruoriques. Il est prélevé un morceau de foie.

La vésicule biliaire contient un peu de bile très légèrement colorée en jaune.

Rate : la rate pèse 160 gr. Coloration, longueur, épais-

seur normale; rien macroscopiquement de spécial. On prélève un morceau du tissu.

Rein gauche: il pèse 150 gr. ; blafard à l'extérieur, coupe très peu colorée. Vascularisation très intense dans sa substance corticale ; fragment prélevé.

Rein droit : 130 gr. Mêmes caractères.

Utérus avec annexes, 350 gr., très peu coloré; annexes en situation normale ; il existe un petit kyste sanguin à la trompe droite.

Face interne de l'utérus ; le fond et la paroi postérieure sont couverts par des débris verdâtres surtout dans la partie supérieure de la paroi postérieure.

Estomac : très dilaté.

Le système ganglionnaire central s'est peu développé.

Le membre inférieur gauche est œdématié, et la veine fémorale gauche est occupée par un caillot.

On prélève un bout de veine de la fémorale gauche.

M. Budin qui a vu l'utérus ne croit pas que la masse signalée à la partie postérieure de la face interne soit un cotylédon.

Observation 787, 1899, du registre d'accouchement R. Marie, femme B..., 35 ans, V.-pare: 1 accouchement à 8 mois, 3 à termes, dont enfants tous bien portants.

Constitution physique et bassins normaux.

D. R. 19 décembre 1898.

Entrée le 28 avril. Présumée enceinte de 5 mois 1/2. Présentation O. I. Position mobile. Urine normale pendant la grossesse, mais hémorragies répétées.

Est prise le 6 juin à 1 heure du matin des premières douleurs; entre à la salle de travail, à 10 heures, le 6 juin. Dilatation à l'entrée dans la salle : col court. Intervention à 4 centimètres (avant dilatation complète donc). Rupture des membranes le 7 juin à 11 h. 10 du matin, accouchement provoqué. Liquide amonitique vert. Près : sommet. Battements du cœur fœtal nuls.

Terminaison, date, heure : 7 juin 1898, à 11 h. 1/4 du matin.

Mode: Version pelvienne par manœuvres internes. Position: O. P.

Avant terme, 5 mois 1/2 à 6 mois.

Durée du travail : 34 h. 1/2.

Accidents et complications : hémorrhagie. Périnée intact.

Délivrance : Heure, 11 h. 20 min., 7 juin.

Enfant : 510 grammes, macéré, 29 centimètres de long.

Placenta : 300 grammes. Caillots anciens et récents : 890 grammes. Cordon : 45 centim. long.

Historique de la grossesse.

Ilémorrhagies répétées pendant la grossesse. Accouchement provoqué. Version pelvienne par manœuvre interne faite par M. le Prof. Budin.

Père bien portant. Mère morte 60 ans, fluxion de poitrine.

6 sœurs bien portantes, 1 morte, enfant, de la poitrine; 1 morte, enfant, de la coqueluche; 1 morte, à 40 ans, d'une maladie de cœur.

A marché de bonne heure. Chétive dans son enfance.

N'a jamais eu de maladie.

Réglée à 13 ans 1/2. Après, toujours des retards; duraient 3 jours; peu douloureuses.

Au 4^e mois de la grossesse actuelle, glisse et tombe assise sur le trottoir. Depuis souffre.

Vers le 7 avril, grandes difficultés pour uriner. Consulte à St-Louis où l'on diagnostique anté ou retro-version utérine. Douleurs jusqu'aujourd'hui. Depuis qu'elle a pris bain, urine un peu mieux. Dès que envie d'uriner, a des douleurs comme si elle allait accoucher; souvent malgré ces besoins de miction, elle ne peut émettre aucune goutte d'urine.

25 avril. A perdu un caillot épais, jaunâtre, gros comme 1/2 œuf : un peu avant cette expulsion avait souffert comme pour accoucher.

30 avril est la date à laquelle a commencé à perdre en rouge et tous les jours; depuis, perd de façon continue, mais modérée, au point de mouiller deux serviettes par jour. Liquide séro-sanguinolent. Abdomen très douloureux par intermittences. Utérus

à 2 travers de doigts au dessus de la symphyse pubienne. Vagin lubrifié de glaires sanguinolentes. Col très dur.

5 mai. Pertes traitées par injections vaginales très chaudes ; quelques douleurs vives. Pertes d'eau et de sang. Utérus : 2 travers de doigts de l'ombilic. Un peu tendu. On ne sent pas de parties fœtales. Pas de mouvements actifs perçus par malade. Col long, perméable à l'orifice externe, et fermé à l'orifice interne. Les pertes continuant, l'état général s'aggrave.

N. des glob. à la fin de mai 2.800.000.

M. le professeur Budin décide de provoquer l'avortement au moyen du tamponnement. Malade transportée à la salle. Antisepsie vulvaire, vaginale. Tamponnement effectué le 6 par le docteur Planchon à 11 heures du matin. Cul-de-sac postérieur ; bourré de gaze iodoformée, puis les autres culs-de-sac. Tamponnement rigoureusement tassé.

Dans l'après-midi, légères douleurs. A 6 heures, injection 200 gr. de sérum artificiel.

A 10 heures, tamponnement retiré. Le travail est peu avancé. Nouveau tamponnement.

Le 7 juin au matin, température 37°9. Contractions plus fréquentes, plus marquées. A 10 heures, col long, mais dilatable de 10 à 15 centimètres. Caillots dans le vagin. Placenta paraît assez bas. On ne perçoit pas de fibrômes et on n'a remarqué aucune vésicule hydatiforme. A 10 h. 30, une masse de caillots anciens et récents est expulsée.

Etat syncopal, femme très faible. Chloroforme. Position obstétricale. M. le professeur Budin introduit la main dans le vagin, rompt les membranes ; liquide teinté en vert et en rouge s'échappe. L'opérateur repousse le fœtus, va à la recherche de pied antérieur ; un membre est saisi, c'est une main ; un pied est saisi, amené en dehors, le tronc est dégagé, puis la tête par la manœuvre de Mauriceau. Le doigt introduit dans la bouche produit des déchirures ; fœtus mort depuis 36 heures environ ; utérus assez résistant. Pouls très rapide, ; oxygène. Délivrance faite rapidement par expression. Caillots anciens et

recents ; 870 gr. Sur le bord du placenta, caillots blanchâtres et d'autres noirâtres.

A 9 h. 30, injection de sérum 150 gr. ; injection intra utérine. Globules 1.192.000.

9 juin. Injection de sérum. Injection intra-utérine. Petit frisson, 38°8 ; plus tard rémission ; 37°4. Pouls 144.

10 juin. Globules : 1 800 000. Temp. 37° Nouveau frisson : et s'élève à 39°6 avec pouls 136. Diarrhée. Sérum.

11 juin. Globules 1 619 000. M. le professeur Budin trouve utérus entr'ouvert. Dans le fond au niveau de l'insertion utéro-placentaire des débris font saillie. Le doigt retiré a certaine odeur. Curage Chloroforme. M. le docteur Dubrisay introduit deux doigts dans la cavité.

Addition personnelle d'après le relevé de la température et du pouls.

Les jours suivants les injections utérines iodées et le sérum furent continués, mais, dès le 12, à la diarrhée persistante vint s'ajouter un autre symptôme fâcheux, les vomissements, que l'on s'efforça de combattre en plaçant de la glace sur le creux épigastrique. On donna des lavements alimentaires. Mais, le 19, le bras gauche enfla. La température, qui était montée à 39°4 le 10 et 11 juin, s'abaissa graduellement au dessous de 37°, tandis que les pulsations radiales suivaient une progression croissante. La malade expira le 22 juin, à 2 heures du matin. La température était descendue à 36°4. tandis que le pouls avait atteint 168.

OBSERVATION III

Service d'accouchements de M. le Dr Bonnaire. Hôpital Lariboisière.

V. pare, 29 ans, sans profession.

Avortement provoqué à l'aide du ballon Tarnier.

Expulsion spontanée. Délivrance naturelle.

Il manque un peu de caduque. Injection intra-utérine iodée.

Antécédents. — Héritaires. Père mort à 69 ans de congestion pulmonaire. Mère bien portante. Frère aîné mort à 40 ans ataxique.

Physiologiques. — A marché à 12 mois, toujours bien.

Réglée à 12 ans régulièrement, abondamment et sans douleurs.

Pathologiques. — Scarlatine. Anémie. Bronchite qui a duré 4, 5 mois.

Grossesses et accouchements antérieurs. — 1^{er} accouchement; 21 février 1893, normal, fille vivante, bien portante.

2^e accouchement; 18 avril 1895, normal, fille vivante, bien portante.

3^e accouchement; 15 octobre 1897, normal, fille vivante bien portante.

4^e accouchement; 24 mars 1899, normal, garçon vivant bien portant.

Les deux premiers ont été nourris par le sein maternel, les deux autres au biberon (lait de vache) à la campagne.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 31 juillet — n'ont duré qu'un jour, violentes coliques, puis sont réapparues à la suite d'absorption de pilules emménagogues.

Hauteur de l'utérus : à l'ombilic.

Age de la grossesse. — A l'entrée dans le service, 4 mois. Au moment de l'accouchement, 4 mois 1/2.

D'où vient la femme ? de chez elle. Que faisait-elle ? son ménage.

Examen des urines. — Pendant la grossesse : normales.

Au moment de l'accouchement : normales.

Examen général. — Squelette, peau, cœur, poumon : rien à signaler.

Examen obstétrical. — Sein, ventre, utérus, tension des parois, bassin, auscultation : normaux.

La malade a eues ses dernières règles le 31 juillet ; assez abondantes d'habitude, elles n'ont duré qu'un jour cette fois; elles se sont arrêtées, d'après le dire de la malade, à la suite d'une violente colère. L'émotivité de cette femme semble, en effet, exagérée;

le médecin de la famille consulté a prescrit des pilules composées de substances emménagogues (absinthe etc.), et du fer. Au bout de quelques jours les règles sont réapparues très abondantes; puis, les hémorrhagies se sont répétées à de brefs intervalles ne dépassant jamais plus de huit jours, hémorrhagies abondantes qui affaiblissaient de plus en plus la malade. Son médecin qui n'est guère sûr de la grossesse que depuis un mois environ, lui ordonnait le repos au lit, les injections chaudes, des fortifiants, kola, etc. Mais la malade indocile n'exécutait pas strictement les ordonnances et continuait à perdre du sang. L'hémorrhagie est surtout devenue abondante pendant le dernier mois. M. Bonnaire, appelé en consultation, ordonne le transport de la malade à l'hôpital. L'âge de la grossesse est fixé à 4 mois environ. Depuis mardi dernier, après l'examen subi, la malade sent remuer son enfant. A l'auscultation les bruits du cœur ne sont pas nettement perçus. Depuis son transport à l'hôpital la malade continue à perdre du sang. Les urines ne contiennent pas d'albumine, mais diminuent de qualité. Les pansements sont pesés pour avoir le poids de la quantité de sang perdu qu'on évalue à :

26 octobre.	35 grammes	
27 —	65 grammes	G B 18.600 G R 2.774.500 } Pas de poikilocytose, ni d'altérations particulières.
	Examen hémoscopique	
28 octobre.	70 grammes	
29 —	15 —	
30 —	30 —	
31 —	10	Examen hémoscopique G R 2703200
1 ^{er} novembre	80 —	

2 novembre. — Le caractère des hémorrhagies s'aggravant du fait de leur répétition et de l'affaiblissement progressif qu'elles déterminent, M. Bonnaire décide de provoquer l'avortement; on recourt au ballon Tarnier et les contractions se manifestent 2 heures après l'introduction du ballon.

A 8 heures du soir, la malade, en voulant uriner, expulse le ballon et l'on s'aperçoit qu'il est crevé dans toute sa hauteur. M. Keim examine le malade et trouve un col mou, en voie d'effacement, mais fermé, à peine perméable à la pulpe du doigt.

La malade accuse des douleurs peu fortes et très espacées ; on lui fait une injection chaude et un pansement à la gaze iodoformée. Les douleurs continuent toute la nuit et deviennent plus rapprochées et plus douloureuses.

3 novembre, à 7 heures du matin, rupture précoce des membranes. Utérus bas, col long, dilatable comme 2 francs.

A 10 heures du matin, expulsion de l'embryon. Aussitôt après sort un assez gros caillot.

On note les poids suivants :

Embryon..	270 grammes
Placenta ..	130 —
Caillot	135 —

M. Bonnaire examine la malade avant la délivrance et recommande de faire une injection intra-utérine iodée ; toilette et injection vaginale d'abord. Au moment de pousser l'injection intra utérine, M. Lemaire constate que le placenta est engagé dans l'orifice externe. Il fait pousser la malade et le dégagement du placenta se fait spontanément. A l'examen les membranes sont reconnues complètes. La caduque est hémorragique. Injection intra-utérine.

M. Keim, 1/2 heure après, fait la révision de l'utérus et retire un assez volumineux caillot avec un faible débris de la caduque.

Caillot....: 18 grammes

Il constate la présence dans la paroi antérieure de l'utérus d'un noyau fibromateux du volume d'une grosse orange ; nouvelle injection intra-utérine iodée.

La malade 1 h. après repose tranquillement.

Température, 2 h. après	37°3
3 h. soir	37°4
8 h. soir	37°5

Nuit calme, excellente. La pesée de caillots issus de la délivrance et des linges tachés dans la journée du 3 novembre a donné 345 grammes.

4 novembre, température à 8 h. matin, 37°2.

Début du travail, 2 novembre, 2 h. après-midi.

Rupture précoce des membranes, 3 novembre à 7 h. 30 matin.

Liquide amniotique normal.

Expulsion du fœtus : 3 nov., 9 h. 30 matin.

Lésions vulvo périnéales nulles.

Quantité du sang perdu avant l'expulsion assez abondante.

— — — depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance, assez abondante.

Durée totale du travail : 19 h. 1/2.

Présentation du placenta : bord.

Dégagement à 10 h. 30 du matin, 3 novembre.

Depuis le 4 jusqu'au 14 nov., la malade est restée dans le service, elle n'a plus perdu de sang, et la température est constamment normale.

L'examen hématimétrique fait par l'interne M. Keim le 14, veille du départ de la malade a donné : G R 3.900.000.

L'aspect général et le facies plus coloré de la malade confirment d'ailleurs le résultat de cette recherche.

On prescrit à la malade, en lui donnant son exeat, de se reposer encore une quinzaine de jours, et de continuer une alimentation substantielle.

OBSERVATION IV

Service d'accouchements de M. le Dr Bonnairé.

Hôpital Lariboisière

Anémie. Hémorrhagie

Femme IV pare, entrée au dortoir, le 7 octobre 1899.

Elle s'était présentée le matin à la consultation pour des

hémorrhagies dont le début remonterait au 15 septembre et qui semblent avoir anémié suffisamment la malade pour l'obliger à garder le lit. C'est brusquement que, le 15 septembre, elle aurait eu une perte de sang assez forte. A la suite de cet accident, un suintement léger aurait persisté jusqu'à maintenant; mais, par trois autres fois, il aurait fait place à une hémorrhagie véritable. Nous avons vu que la première hémorrhagie était survenue le 15 septembre. Le 22 du même mois, à 1 h. 1/2 du soir, la malade subit une nouvelle perte qui la détermine à mander un médecin. Celui-ci prescrit des injections vaginales très chaudes au permanganate de potasse, des cataplasmes laudanisés, le repos absolu; sous ce régime, l'hémorrhagie s'arrête, mais la femme continue cependant à perdre un peu de sang. Le 27 septembre, l'hémorrhagie recommence, moins abondante toutefois, et cède au même traitement.

Le 6 octobre, la malade, étant reprise d'hémorrhagie, se décide à venir à la maternité de Lariboisière le lendemain; elle est donc admise le 7 dans le service.

En l'interrogeant, on apprend que ces hémorrhagies ne se sont jamais accompagnées de douleurs, ni de contractions; que rien, sauf quelques vomissements, n'a attiré son attention dans la période qui a précédé ces hémorrhagies, c'est-à-dire antérieurement au 15 septembre, date de leur apparition. Comme passé pathologique, rien. Rien non plus digne d'être retenu dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents physiologiques. En effet, son père et sa mère sont vivants et bien portants; de même, un frère et une sœur. Elle a marché de bonne heure et toujours sans accidents; elle a été réglée à 15 ans et n'a jamais eu d'irrégularités dans le retour de ses menstrues. Pas de leucorrhée. Ses grossesses antérieures, au nombre de trois, n'offrent rien de bien intéressant. Elles ont évolué normalement jusqu'à terme, et l'accouchement a été chaque fois spontané avec une présentation du sommet. Des trois enfants, les deux premiers sont morts, l'un accidentellement de brûlure, à l'âge de 2 ans 1/2, l'autre, au bout de huit jours, de cause inconnue; le dernier est

vivant. L'observation ne mentionne pas quel allaitement ces enfants ont reçu.

La malade, concierge, arrive de chez elle.

Les dernières règles sont annoncées à la date du 17 mai.

En examinant la malade, on constate l'existence d'un utérus gravide de cinq mois environ, mais mou, ne donnant pas la perception de petites parties fœtales, de sorte que le diagnostic de môle s'était posé. Pas de bruit du cœur fœtal. Au toucher, pas plus de résultats qu'à l'auscultation. Il n'y a pas, en effet, de ballotement vaginal perceptible. Le col est long, à peine perméable.

L'examen général ne renseigne guère mieux. Les viscères sont intacts; à peine entend-on un bruit de souffle anémique à la base du cœur. Le squelette est normal; seule, la peau est pâle, décolorée, ainsi que les muqueuses.

Aussi, bien que la malade ne perde plus actuellement, on prescrit le repos au lit dans le décubitus dorsal, des injections chaudes, et un lavement laudanisé, enfin une potion avec quinze gouttes d'hydrastis canadensis et autant de viburnum prunifolium, à prendre toutes les six heures.

Le lendemain 8 octobre, la malade continue à recevoir le même traitement que la veille; elle a perdu, mais en petite quantité, eau et sang, qu'on n'a pas évaluée.

Le 13 octobre, la malade perdant toujours du sang, on recueille le liquide écoulé, et on le pèse. Poids trouvé 65 gram.

En même temps on examine le sang de la malade : G. B. normaux. G. R. 3,900,000, forme normale sans altération; pas de poikilocytose; on prescrit 3 gr. d'hydrastis canadensis et des injections vaginales chaudes répétées.

Le 14 octobre, les pesées faites sur la quantité de l'écoulement sanguin donnent 37 grammes.

Le 15	50	—
-------	----	---

Le 16	60	—
-------	----	---

Le 17	37	—
-------	----	---

Ce même jour, 17 octobre, on refait l'examen du sang. Les globules rouges ont un peu

diminué de nombre : 3,300,000, mais leur forme est normale; on constate la présence de quelques amas (peut être hémato-blastiques); le nombre des leucocytes est toujours normal.

Le 18, les mêmes pesées donnent 30 grammes.

En résumé, voici une femme, n'ayant aucun signe manifeste d'endométrite antérieure, puisque pas de douleurs au moment des règles, pas de leucorrhée. D'autre part, pour diagnostiquer l'existence d'une môle hydatiforme, malgré la mollesse de l'utérus, l'absence de sensation des parties fœtales, malgré aussi la constatation d'un utérus un peu plus volumineux qu'un utérus normal à l'époque de la grossesse de la malade, il nous manque la présence de vésicules pathognomoniques dans le liquide issu de l'utérus.

Au toucher il y a peut être une épaisseur un peu exagérée du segment inférieur. Cependant elle n'est pas suffisante pour faire penser à la présence d'un placenta anormalement inséré.

Nous sommes donc en présence d'une hydro-hématorrhée chez une femme pâle, anémiée. En éliminant la menace d'avortement, comme il nous est permis de le faire par l'absence de contraction et l'état du col, il reste à savoir si l'écoulement hydro-hématorrhéique est fonction d'une anémie précédente, ou cause de l'anémie actuelle; il semble délicat de trancher de façon affirmative le diagnostic dans un sens ou dans l'autre.

L'état anémique antérieur de la malade est probablement augmenté aujourd'hui par ses pertes continuelles depuis trois semaines, état que contrôleront des examens répétés du sang qui commanderont l'intervention ou l'abstention opératoire.

La malade a quitté le service quelques jours après et n'a été ni suivie, ni revue.

OBSERVATION V

Anémie pernicieuse.

Observation de M. le Dr Bonnaire, (prise lorsqu'il était chef de clinique de M. le Professeur Tarnier) année 1889, mai.

D... I pare, 22 ans. Teinturière. Ne travaille plus depuis 7 mois. Lieu de naissance : Saint-Cloud.

A marché à 18 mois. Pas de maladies dans la 1^{re} enfance. Petite rougeole. Fièvre typhoïde à 7 ans. Réglée à 15 ans pour la 1^{re} fois. Est restée un an sans règles. Était bien réglée ensuite tous les mois pendant trois jours. En petite quantité. Douleurs au commencement des règles.

Habite à Boulogne-sur-Seine, non au bord de l'eau, un premier étage avec 3 pièces, fenêtres donnant sur une avenue.

Le rez-de-chaussée est habité par un marchand de couleurs.

(A. H.). — Père mort à 47 ans de fièvre cérébrale.

Mère bien portante, a eu 10 enfants.

(A. P.). — Une sœur a eu trois enfants, sans accidents de grossesse. Des cinq frères et sœurs que compte la malade, aucun n'a eu d'anémie.

Le mari a 24 ans; grand, fort.

(D. R). — Du 20 au 24 septembre.

Mouvements actif du fœtus : a senti remuer à la fin de février.

Accidents de la grossesse : jusqu'à ce que l'enfant ait remué, aucun trouble de grossesse, pas autre chose que des crampes d'estomac très fortes, survenant tous les deux ou trois jours.

Depuis un an, la malade a vu ses forces diminuer; elle a commencé à pâlir. Cet état a débuté avec le mariage ; avant, elle était très forte.

La malade, environ deux mois avant le début de sa grossesse, est allée demander consultation à Beaujon ; elle se plaignait

alors de maux de tête et de vertiges, de crampes d'estomac, de perte d'appétit, de difficulté dans les digestions, de leucorrhée.

Néanmoins elle était bien réglée, n'avait ni palpitations, ni troubles sensoriels. Ce n'est guère que depuis 15 jours que la faiblesse et la pâleur ont fait des progrès considérables.

La céphalalgie a beaucoup augmenté.

Les palpitations sont très fréquentes.

L'œdème des jambes a débuté il y a déjà deux mois et demi. Cet œdème va en augmentant, il disparaît en partie par le repos au lit. Quand la malade est debout, elle souffre des membres inférieurs depuis le talon jusqu'à l'aîne; on dirait qu'elle a un fil de fer dedans; elle ne peut plier; elle souffre également du bas-ventre dans l'attitude verticale.

Pas d'appétit. Ne pouvait supporter chez elle que du quinquina et du lait. Cependant parfois elle supporte quelques aliments solides; hier, à midi, elle a pu manger une demi-boulette.

Pas de constipation.

Cette nuit, un peu de diarrhée: 3 garde-robes avec coliques.

Ne tousse pas.

L'examen des urines sera fait chaque jour au point de vue de la quantité et de la qualité.

Examen du sang le 10 mai : hématies 1.035.000. Proportion de globules blancs 1/70 Rouges.

Auscultation du cœur : souffle à la base, postsystolique, très fort, propagé dans les gros vaisseaux du cou.

Examen obstétrical. — Au palper, fond de l'utérus à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic; consistance ferme; il n'est pas possible de reconnaître de parties fœtales.

A l'auscultation : ni souffle utérin, ni battements de cœur fœtal.

Au toucher : ce matin, col tout à fait effacé; orifice utérin dilaté comme une pièce de 50 centimes, à bords tranchants.

2 doigts trouvent la suture sagittale transverse ou à peu près.

Petite fontanelle à droite et un peu en arrière.

En résumé, sommet engagé en O I D T, O I D P.

Fœtus vivant ? La malade dit l'avoir senti remuer cette nuit mais en la pressant de questions, on apprend qu'elle n'a eu autre chose que la sensation d'une boule se déplaçant d'un côté à l'autre de l'abdomen quand elle remue.

Elle n'a pas de contractions utérines douloureuses.

Le 16 mai, à 8 heures du soir, les douleurs d'enfantement ont débuté, peu vives.

Le 17 mai, à 10 heures du matin, douleurs fréquentes d'enfantement.

A midi 45, la poche des eaux sort de la vulve, flasque, en forme de poire, reliée par un pédicule au reste du placenta. Elle est rompue artificiellement. Liquide teinté de méconium.

A 1 heure, expulsion spontanée d'un enfant mort, non macéré.

A 2 heures 05, délivrance spontanée.

Membranes dédoublées. Il manque un peu de caduque. Injection intra-utérine.

L'exploration intra-utérine ne trouve rien.

Pas de perte de sang. Très peu de caillots dans le placenta.

Périnée intact extérieurement. Points à l'intérieur derrière la fourchette.

18 mai 1889. L'œdème persiste.

Nouvelle mensuration des globules 760.000 G. R.-G. B. 1/68.

19 mai, Tood. Essai de viande crue. Essai de repos après l'inhalation d'oxygène.

20 mai. A vomi la viande crue.

21 mai. M. Tarnier remarque une saillie des globes oculaires comme dans la maladie de Basedow. Il pense à l'œdème du tissu cellulaire rétro-oculaire et en tire un élément de pronostic très grave en raison du voisinage du cerveau.

La malade a mangé un œuf avec appétit.

22 mai. Râles muqueux clair semés.

Traitement : Viande crue. Inhalation d'oxygène répétée. Tood. Baryuls. 2 beafstecks cuits. Pepsine, deux paquets.

La malade a toujours été s'améliorant, lentement mais sensiblement, pour son entourage et surtout pour elle-même.

20 juin, Retour de couches. 4 jours après le retour de couches. G. R. était tombé de 1.500.000 à 1.045.000.

27 juin. La malade quitte la clinique. Elle est dans un bon état relatif.

OBSERVATION VI

Service d'Accouchements de l'Hôpital Lariboisière. M. le
D^r Bonnaire.

Avortement de 5 mois environ. Fœtus mort et macéré. Délivrance non effectuée.

Marie H..., 30 ans, ménagère, entre au dortoir le 13 mars 1900.

A. H. — Père bien portant. Mère, a fait 4 fausses couches et a perdu chaque fois une quantité considérable de sang.

A. Ph. — A marché à 2 ans et depuis toujours bien. Réglée à 15 ans, très irrégulièrement ; elle était de 2 à 3 mois sans voir ses règles ; quand elles apparaissaient, elles étaient très peu abondantes.

A. Path. — Vers l'âge de 15 ans très anémique. Cet état a duré jusqu'à l'époque de la 1^{re} grossesse.

A eu 4 grossesses du même mari.

1^{re} grossesse, il y a 9 ans. Accouchement spontané à terme d'un garçon vivant, nourri au sein maternel.

2^e grossesse, il y a 5 ans. Accouchement spontané à terme d'un garçon vivant, nourri au sein maternel.

3^e grossesse, il y a 3 ans. Accouchement spontané à terme d'un garçon vivant, nourri au sein maternel.

4^e grossesse, (grossesse gémellaire). Accouchement spontané à terme de 2 filles vivantes nourries au sein par la mère jusqu'à 5 mois. A ce moment la mère les met au biberon et elles meurent quelques jours après.

Date des dernières règles du 14 au 17 septembre 1899.

Apparition des mouvements actifs au 5^e mois.

Hauteur de l'utérus atteint à peu près l'ombilic.

Age de la grossesse à l'entrée dans le service, environ 5 mois et demi.

La femme vient de chez elle. Elle a exercé le métier de repasseuse, mais, depuis longtemps déjà, ne faisait plus que son ménage.

La malade n'a jamais présenté d'anémie dans aucune de ses grossesses antérieures. Elle ne s'était jamais aperçue qu'elle eût des hémorroïdes. Jamais elle n'avait eu d'œdème des jambes.

Le début de la grossesse actuelle s'est parfaitement effectué ; elle a même été marquée par moins de vomissements que les grossesses antérieures.

Il y a 3 mois, en allant aux cabinets, la malade s'est aperçue qu'elle perdait du sang rouge-brun entourant les matières fécales. La malade n'était pas constipée et ne souffrait pas pendant la défécation. Depuis celle-ci est douloureuse.

Les hémorragies ont réapparu presque chaque jour, mais un peu moins abondantes que la 1^{re} fois.

Depuis cette époque la malade s'anémie progressivement et elle est en ce moment dans un état d'anémie extrême.

On trouve au pourtour de l'anus un paquet d'hémorroïdes externes non rouges et non tendues.

Au toucher rectal qui est douloureux on sent une masse un peu tendue sur la paroi postérieure du rectum.

En introduisant un doigt dans le vagin et en appuyant sur la paroi recto-vaginale, on fait apparaître à l'anus une volumineuse hémorroïde interne, rouge et congestionnée.

Le toucher rectal le plus élevé possible ne révèle rien d'anormal.

En procédant à l'examen général, on trouve que le squelette est normal, la peau saine. Le cœur montre, à l'auscultation, un souffle à l'orifice pulmonaire. La malade tousse un peu depuis 15 jours, mais on n'entend aucun râle dans la région pulmo-

naire. Le visage est bouffi, et l'on constate, d'autre part, un œdème des jambes assez prononcé, ainsi qu'un léger épanchement de l'articulation du genou gauche. Il y a aussi aux membres inférieurs quelques veines variqueuses.

L'examen obstétrical ne dénote rien de particulier.

Les urines sont légèrement albumineuses.

Le nombre des hématies est de 1.300.000.

Le 18. — Liqueur de Fowler : 5 gouttes ; inhalations d'oxygène à volonté.

Poudre de viande. Tranche de gigot. Trois cuillerées de somatose dans un potage.

Dyspnée nocturne. Perte de sang par le rectum.

Le 19. — Liqueur de Fowler : 6 gouttes.

Le 20. — Liqueur de Fowler : 7 gouttes. Frictions à l'alcool.

La dyspnée augmente. Apparition d'une ascite. G. R = 900.000

A 4 h. 1/2 s. M. Brindeau applique le ballon Tarnier.

Le 21. — A 6 h. 1/2 matin les membranes se rompent.

A 7 heures matin, le ballon sort crevé.

A 11 heures matin, extraction d'un fœtus en présentation du siège.

M. Maury, interne du service, constate que le placenta est encore adhérent. Celui-ci est laissé. Pas de perte de sang. Une injection vaginale est faite et une mèche de gaze iodoformée est introduite dans l'utérus.

Le 22. — Œdème généralisé ; dyspnée de plus en plus intense, plusieurs accès de suffocation. Urines en faible quantité.

Lait, champagne, oxygène, sérum artificiel à doses massives. Néanmoins la respiration reste pénible. Teinte cuivrée de la malade.

La fenêtre est laissée grande ouverte ; on fait plusieurs injections d'éther et de caféine.

Malgré tous les soins, la malade succombe, le 23 mars, à 10 h. 1/2 du matin. L'examen nécropsique montre seulement des viscères pâles, décolorés.

OBSERVATION VII.

(Recueillie par M. Léger, interne des Hôpitaux) V. *Gazette obstétricale de Paris*, 1876.

Hémorrhagies utérines survenues pendant la grossesse. Expulsion au VI^e mois d'un fœtus qui vécut une heure. Noyaux hémorrhagiques dans le placenta.

H..., (Marguerite) âgée de 29 ans, entre le 7 janvier 1876 à l'hôpital Cochin où elle occupe le lit n° 2 de la salle Saint-Philippe, service de M. le docteur Bucquoy.

Cette femme n'a jamais été malade, quoique d'une constitution assez faible. Elle a déjà mené à bon terme cinq grossesses qui n'ont été troublées que par des vomissements à leur début.

Elle s'est décidée à entrer à l'hôpital pour des pertes sanguines qui la fatiguent depuis deux mois, et elle raconte qu'il y a 5 mois, après un retard de 8 jours ses règles sont venues comme d'habitude, qu'elle les a eues régulièrement depuis, et que même huit jours avant qu'elle ne se mit à perdre, elle avait eu encore une perte régulière. Depuis l'écoulement sanguin s'accompagne de douleurs dans les deux flancs, ne l'ayant pas forcée à garder le lit et n'ayant provoqué aucun vomissement, pas même de nausées. Depuis 3 semaines elle sent, de plus, remuer comme dans ses grossesses antérieures.

Cette femme est pâle, très affaiblie, essoufflée par le moindre effort. Au premier temps et à la base du cœur existe un bruit de souffle doux se propageant dans les vaisseaux du cou.

La région hypogastrique est un peu bombée et on y trouve par la palpation une tumeur régulière, ovoïde, médiane, quoique plus saillante à droite, surtout à sa limite supérieure; celle-ci est mobile latéralement et remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Au toucher, le col est mou, dilaté de manière à admettre la

pulpe de l'index, et ses mouvements se communiquent à la tumeur de la région hypogastrique, sans éveiller de sensations douloureuses. Les culs-de-sac sont complètement libres.

L'auscultation fait percevoir au niveau de l'hypogastre un souffle intense, surtout marqué à gauche de la ligne blanche, souffle utéro-placentaire très renforcé à cause de l'état d'anémie dans lequel se trouve la malade. On sent, de plus, en auscultant l'abdomen, un choc produit comme par un mouvement du fœtus et qui prouve que les sensations abdominales de cette femme ne sont pas imaginaires.

Le 9 janvier. Par le repos complet, l'écoulement sanguin a presque complètement cessé et les douleurs ont disparu.

Le 11, la douleur s'est réveillée dans le flanc droit. Il n'y a pas de fièvre, et la palpation ne fait sentir aucun empatement.

Le 12, palpitations, bouffées de chaleur subite. Douleurs de reins qui durent une ou deux heures sans qu'il survienne de pertes comme elle en avait remarqué auparavant dans de semblables accès.

Le 17, anxiété précordiale. Nouvelles bouffées de chaleur. Douleurs de reins se prolongeant dans le bas ventre. A quatre heures, survient un écoulement sanguin qui dure encore le soir. Il est alors peu abondant, formé de sang veineux. Les douleurs persistent et l'utérus se dessine mieux à l'hypogastre.

Lavement froid avec dix gouttes de laudanum. Potion avec deux grammes d'eau de Rabel.

Le 18, la perte de sang a complètement cessé.

Le 20, on entend à gauche et au-dessous de l'ombilic les battements du cœur fœtal.

Le 30, depuis quelques jours, douleurs intermittentes, semblables au dire de la malade, à celles qui préludent à l'accouchement; deux quarts de lavement avec huit gouttes de laudanum. Le soir, les douleurs sont plus fortes. Le col est dilaté comme une pièce de cinq francs. Le doigt ne sent pas sur les bords de cet orifice de saillie analogue à celle du placenta, comme dans le cas d'insertion vicieuse.

Accouchement, la nuit, d'un enfant d'environ 6 mois, et qui vit une heure. Le placenta s'expulse rapidement après la sortie du fœtus et l'on trouve dans son épaisseur plusieurs noyaux hémorrhagiques.

Réflexions. — (Suite de l'observation telle qu'elle est relatée.)

Si l'on s'en rapporte aux déclarations de cette femme, l'écoulement sanguin aurait eu pendant les trois premiers mois de la grossesse les caractères du flux menstruel. A partir du quatrième mois, survinrent au contraire de véritables métrorrhagies qui portèrent la malade à un degré d'anémie très inquiétant.

Il n'existait point d'insertion vicieuse du placenta sur le col, l'examen du délivre révéla l'existence des noyaux hémorrhagiques placentaires. L'origine des métrorrhagies était fœtale, mais non pas exclusivement. Etant donné l'abondance des pertes sanguines, il faut bien admettre la participation de l'utérus. L'hémorrhagie était mixte, elle provenait à la fois de la mère et du fœtus. Joulin a insisté sur la communication accidentelle se produisant en ce cas entre les deux circulations. D'après lui, le mécanisme serait le suivant : le sang s'échappant des sinus utérins rompus, et circonscrit par les insertions placentaires, pénètre dans les espaces intercotylédonaires avec assez de force pour opérer la rupture des villosités.

Voici pour les métrorrhagies proprement dites. Que penser maintenant de l'écoulement sanguin périodique observé pendant les premiers mois ? Faut-il admettre un véritable flux menstruel ? Nous n'attacherons pas à ce fait plus d'importance qu'il ne comporte, et ne renouvellerons pas ici une discussion qui menace de devenir éternelle.

Puisqu'il est bien démontré que l'hémorrhagie et la ponte sont deux faits distincts pouvant exister l'un indépendamment de l'autre, la persistance de l'hémorrhagie périodique chez notre malade paraît le prélude tout naturel des pertes plus considérables qui se manifestèrent ensuite.

LIBRAIRIE A. MALOINE

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

PARIS

- AUSSET** (D^r), professeur agrégé. — **Leçons cliniques sur les maladies des enfants**, faites à l'hôpital Saint-Sauveur. 1896-99. 3 vol. in-8, 1898. 15 fr.
- BERDAL** (D^r), médecin de consultations à l'hôpital Saint-Louis. — **Traité pratique des maladies vénériennes**. Préface de TENNESON. In-8, 1897, avec fig. et pl. col. 10 fr. »
- BERNHEIM**. — **Immunisation et sérumthérapie**. 2^e édition, revue et augmentée. In-8, 1897. 4 fr. »
- BERNHEIM**. — **Formulaire clinique**, formules pratiques recueillies à la polyclinique de Vienne. Traduit sur la 15^e édition et augmenté de nombreux travaux originaux. Un vol. in-32, cart., 1896. 4 fr. »
- CHATELAIN**. — **Précis iconographique des maladies de la peau**. Ouvrage accompagné de 50 PLANCHES HORS TEXTE EN COULEUR, reproduites d'après nature, par FÉLIX MÉHEUX, dessinateur des services de l'HÔPITAL SAINT-LOUIS. Un fort vol. gr. in-8, 1896, relié toile 25 fr. »
- COURTADE**. — **Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille**. Un vol. in-18, 1895. 4 fr. »
- GARNIER et DELAMARE**. — **Dictionnaire des termes techniques de médecine**, contenant les étymologies grecques et latines, les noms des maladies, des opérations chirurgicales et obstétricales, les symptômes cliniques, les lésions anatomiques, etc. Préface de H. ROGER, professeur agrégé. In-18, 1900. Broché, 5 fr., relié 6 fr. »
- KRAFFT-EBING**. — **Traité clinique de psychiatrie**, traduit sur la 5^e édition allemande, par le D^r EMILE LAURENT. Un fort vol. in-8, 1897. 20 fr. »
- LEVILLAIN**. — **Essais de neurologie clinique, neurasthénie de BÉARD et états neurasthéniformes**. In-12, 1895. 4 fr. »
- MALBEC**. — **Consultations et ordonnances médicales**, 2^e édition., revue et augmentée; in-18, rel. souple, 1897. 4 fr. »
- MAURANS** (D^r de). — **Compendium moderne de médecine pratique**, publié sous la dir. du D^r de MAURIANS. In-8, de 720 p., 1894. 12 fr. »
- NOGUÉ**. — **Précis de posologie infantile**. In-8, rel. s., 1895. 3 fr. 50
- PANSIÉR** (d'Avignon). — **Traité d'électrothérapie oculaire**, avec une préface de M. le D^r E. VALUDE. 1 vol. in-18, avec fig., 1895. 6 fr. »
- PANSIÉR** (d'Avignon). — **Traité de l'œil artificiel**. 1 vol. in-18. cart., avec fig., 1895. 4 fr. »
- STAPFER**. — **Traité de Kinésithérapie gynécologique** (système de BRANDT), nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes. Ouv. contenant la traduction du livre de BRANDT et 130 fig. In-8, 1897. 12 fr. »
- TRUC**, professeur de clinique ophthalmologique à Montpellier, et **VALUDE**, médecin de la Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts. — **Nouveaux éléments d'ophthalmologie**. 2 vol. in-8, 1896, avec 257 fig. et 1 pl. en couleur. 20 fr. »
- VARIOT**. — **La diphtérie et la sérumthérapie**. Études cliniques faites au pavillon Bretonneau. In-8, 1898, avec 28 fig. et 1 pl. col. 12 fr. »
- VAUCAIRE**. — **Formulaire de gynécologie, thérapeutique, traitement des maladies des femmes** (formules des professeurs et médecins spécialistes). In-18» 1895, rel. 4 fr. »
- VIGNES**. — **Technique de l'exploration oculaire**, introduction à l'étude de l'Ophthalmologie. 1 vol. in-8, avec 213 fig. dans le texte, 1896. 8 fr. »